

**WNIOSEK RODZICA O PRZYSTĄPIENIE DZIECKA DO TRENINGU UWAGI
SŁUCHOWEJ WG. A. TOMATISA**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

DATA URODZENIA:

NR. ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO:

KLASA:

WYCHOWAWCA:

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:

NUMER KONTAKTOWY:

E-MAIL:

JAKIE ZACHOWANIA/TRUDNOŚCI WPŁYNEŁY NA PODJĘCIE DECYZJI O
PRZYSTĄPIENIU DO TRENINGU UWAGI SŁUCHOWEJ WG. A TOMATISA?

CZY DZIECKO ODBYŁO JUŻ TRENING UWAGI SŁUCHOWEJ WG. A TOMATISA
BĄDŹ INNY TRENING SŁUCHOWY? TAK/NIE

(Jeśli odpowiedź brzmi TAK proszę podać rodzaj treningu:)

CZY DZIECKO JEST AKTUALNIE W INNYM TRENINGU UWAGI SŁUCHOWYM?
TAK/NIE

(Jeśli odpowiedź brzmi TAK proszę wymienić jaki:)

CZY DZIECKO JEST AKTUALNIE W TRENINGU NEUROFLOW ALBO
BIOFEEDBACK? TAK/NIE

CZY DZIECKO W OSTATNIM CZASIE UCZĘSZCZAŁO NA TRENING NEUROFLOW
ALBO BIOFEEDBACK? TAK/NIE

(Jeśli odpowiedź brzmi TAK, proszę podać kiedy trening został zakończony:)

CZY DZIECKO CHORUJE NA EPILEPSJĘ (PADACZKĘ)? TAK/NIE

Data złożenia dokumentu.....

Podpis rodzica.....